（様式 7）

災害支援ナース派遣候補者リスト

送信先	施設名	
	報告責任者名	
	TEL	
	FAX	

福島県看護協会
事業課　行

FAX　024－991-5560

【記入にあたって】

①災害支援ナース登録者で、災害看護研修を修了し合同防災訓練等へも参加している者。

②所属施設からの出張等で活動に参加し、労災が適用される場合は労災適用欄に〇を記入。

③派遣期間：１人の活動期間は原則として移動時間も含め３泊４日です。

NO	日本看護協会会員 NO 福島県看護協会会員 NO	氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	職能	専門	経験年数	交通･宿泊費	管理者経験	労災適用	活動可能期間があれば参考迄記入 （月/日～月/日）